

LIZANA AREND HENRIQUE

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA CADERNETA DE
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
Ano 2004

LIZANA AREND HENRIQUE

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA CADERNETA DE
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, NUM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Ernani Lange de S. Thiago

Professora Orientadora: Profa. Dra. Maria Marlene de Souza Pires

Professora Co-Orientadora: Profa. Dra. Denise Bousfield da Silva

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

Ano 2004

Henrique, Lizana Arend
Avaliação da efetividade da Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente do município de Florianópolis, num Hospital Universitário.
Lizana Arend Henrique – Florianópolis, 2004.
79p.

Orientadora: Maria Marlene de Souza Pires
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Pediatria 2. Puericultura 3. Crescimento 4. Desenvolvimento
5. Promoção da saúde I. Título

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Michele Catherin Henrique e Marco Antonio Rodrigues Henrique, pelo apoio e incentivo neste sonho que está se concretizando.

Ao meu irmão e grande amigo Gúbio Arend Henrique, que apesar da distância, esteve sempre presente nos momentos mais importantes de minha caminhada. Ao meu namorado Felipe Leal Sabino pelo carinho e compreensão nos momentos de ausência.

À Dra Maria Marlene, pela dedicação e orientação nos trabalhos de ensino, pesquisa (PIBIQ-CNPq) e extensão (Liga de Metabologia e Nutrição em Pediatria), os quais tive a honra de participar.

À Dra Silvia Nassar, co-orientadora e amiga, responsável por toda parte de estatística desse trabalho e da pesquisa ao qual ele pertence. Além de grande mestre nos momentos em que tudo parecia inviável no desenvolver da pesquisa. As Dra. Denise Bousfield e Dra. Leonice Tobias, co-orientadoras de pesquisa, que participaram de etapas importantes de minha formação acadêmica.

Ao Dr. José Hermênio Cavalcanti Lima Filho, por me mostrar um mundo novo dentro da medicina: o da pesquisa científica.

Às amigas Lucia Helena Rosa Limeira, Karla Rachadel e Bianca Dutra que, muitas vezes, ouviram com paciência minhas dúvidas, incertezas e inseguranças, tendo sempre uma palavra amiga e reconfortante.

Aos funcionários da Biblioteca Setorial de Medicina da UFSC (em especial Maria Gorete Monteguti Savi, Adão de Oliveira Filho e Fabricio Simas) pela dedicação e presteza no atendimento.

As funcionárias do Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário da UFSC, pela paciência, durante os dois anos que estive realizando minha coleta de dados neste serviço.

Em especial, a todos aqueles que trabalham nas emergências, nos ambulatórios e nas enfermarias pediátricas, e que de alguma forma, em algum momento, com um simples gesto ou palavra, me mostraram o que é Pediatria e acabaram por torná-la a maior paixão de minha vida.

Vocação é uma “marca de nascença” que Deus nos faz em segredo e, um dia, sem nos darmos conta, ela se revelará simples e espontânea. (Hammed).

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
SUMMARY.....	vi
1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS.....	08
3. MÉTODO.....	09
4. RESULTADOS.....	14
5. DISCUSSÃO.....	24
6. CONCLUSÕES.....	36
7. NORMAS ADOTADAS.....	37
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
APÊNDICES.....	46
ANEXOS.....	56

RESUMO

Objetivo: Avaliar a efetividade da Caderneta de Saúde da Criança/ Adolescente, como um instrumento de educação continuada na promoção de saúde e prevenção de agravos envolvendo família, comunidade e instituições.

Método: Estudo observacional, descritivo, quantitativo, em crianças, até a idade de 2 anos, 11 meses e 29 dias, cujos responsáveis portavam a caderneta de saúde da criança e do adolescente durante consulta pediátrica, no ambulatório de pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de julho de 2002 a abril de 2004. Foram utilizadas medidas descritivas, tabelas de frequência e Análise de Correspondência Múltipla para avaliar as variáveis categóricas.

Resultados: Verificou-se que 82,53% (n=52) dos acompanhantes eram exclusivamente mães. Na avaliação do preenchimento do controle de crescimento e gráfico “peso x idade” observou-se que 52,94% apresentaram, adequadamente preenchido, para idade, ambas as variáveis. O gráfico de “circunferência craniana” foi o menos preenchido (19,64%). Na tabela de desenvolvimento neuropsicomotor, houve predomínio de preenchimentos incompletos ou inadequados (52,38%). Quanto à vacinação, obteve-se um adequado registro, sendo o preenchimento superior a 90% em todas as vacinas, exceto contra *Haemophilus Influenzae* tipo b. Não houve associação entre um melhor preenchimento da caderneta de saúde da criança/ adolescente e idade da criança

Conclusão: A Caderneta de Saúde da Criança/ Adolescente, na sua totalidade, não se mostrou efetiva como um instrumento de educação continuada na promoção de saúde e prevenção de agravos envolvendo família, comunidade e instituições.

SUMMARY

Objective: To evaluate the effectiveness of the Child and Adolescent Health Handbook, as an instrument of education continued in the health promotion and prevention of injury involving family, community and institutions.

Method: Observational, descriptive, quantitative study in children up to 2 year-old age, 11 months and 29 days, whose responsible carried the Child and Adolescent Health Handbook during pediatric consultation, in the clinic of pediatrics of the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina, in the period of July of 2002 to April of 2004. Descriptive measures, tables of frequency and the Multiple Correspondence Analysis were applied to evaluate the categorical variables.

Results: It was verified that 82,53% of the companions were exclusively mothers. In the evaluation of the completion of the growth control and chart "weigh x age" was observed that 52,94% presented, appropriately filled, for age, both variables. The chart "cranial circumference" it was less filled (19,64%). In the table of development neuropsychomotor, there was predominance of completions incomplete or inadequate (52,38%). As for the vaccination, it was obtained an appropriate register, being the superior completion for 90% in all the vaccines, except against *Haemophilus Influenzae* type b. There was not association among a better completion of the Child and Adolescent Health Handbook and the child's age.

Conclusion: The Child and Adolescent Health Handbook, in its totality, was not shown effective as an instrument of education continued in the health promotion and prevention of injury, involving family, community and institutions.

1 INTRODUÇÃO

A atitude para com a criança tem variado de acordo com a organização das diferentes sociedades, culturas e períodos. O código de Hamurábi dos babilônios, entre 2500 e 2000 a.C., tinha leis que protegiam os órfãos e abandonados; já entre os romanos, existia a venda, o abandono ou o infanticídio pelos mais diferentes motivos (sacrifícios religiosos, econômicos, equilíbrio entre sexos, malformações, ou por serem filhos ilegítimos ou de escravos); os egípcios, os germanos e os judeus tinham como propósito à criação de todas suas crianças ¹.

Até o século XVII, a criança era responsabilidade da família e o Estado e a caridade só a assistia em caso de abandono, mas ainda nesse período a criança passou a ser olhada de várias formas, entre elas como futuros soldados para fortalecimento dos exércitos até como mão de obra, quando do advento do capitalismo, reforçando a importância de mantê-las vivas e saudáveis ¹. Nesse mesmo período o Estado começou a se preocupar com as questões sanitárias e com a saúde da população, uma vez que estatísticas mostravam a relação da mortalidade geral e infantil com as condições de higiene coletiva ^{1,2}.

Em suma, desde a Antigüidade, a história tem mostrado textos sobre proteção e cuidados em relação à alimentação, higiene, aprendizado e atividade física na infância. Já em 462 a.C., Hipócrates ressaltava as vantagens do aleitamento materno e os cuidados gerais à criança ³. As constituições dos espaços e componentes da família e da sociedade iniciaram-se no século XVIII, solidificaram-se no XIX e mantêm-se até hoje, adaptadas a evolução da sociedade e da tecnologia ^{1,2}. Nesse período constituiu-se um modelo racional e, depois, científico (com Pasteur e a puericultura) que fornecia as regras e normas para o relacionamento dos adultos com as crianças, que, institucionalizadas pela medicina e pela pedagogia, passaram a ser as únicas socialmente legítimas.

A pedagogia, principalmente por intermédio de Rousseau em 1762 quando publicou *Émile: Ou de l'éducation* enfatizou a primeira educação, colocando-a como responsabilidade das mães, que deveriam ter mais autoridade e preocupação com o cuidado dos filhos e da família. A educação infantil, utilizando idéias de puericultura e de economia doméstica, como forma de assegurar corretamente o seu futuro papel de cidadão, passou a ser de responsabilidade da mãe, da família e da escola ^{1,4}. No entanto a partir do século XIX, os

serviços de saúde passaram a ter o papel de garantir a reprodução e a capacidade de trabalho. A medicina passou a ser a mais importante aliada do Estado moderno para que essas modificações ocorressem: primeiro por meio da higiene, depois por meio da Puericultura e, contemporaneamente, pela saúde materno-infantil. Durante o século XIX e início do século XX, na Europa e em especial na França, o aleitamento materno e a mortalidade infantil foram alvo de muitos debates que, aliados às descobertas de Pasteur, estão na base do que se convencionou chamar de puericultura científica ¹.

As mudanças que a puericultura tem sofrido nos últimos anos foi então apropriada pela pediatria, que tratou de transformá-la gradativamente em uma ciência verdadeira, com aplicações muito mais amplas e abrangência etária bem maior ^{5,6}.

Hoje se estima que o pediatra devota até 40% de sua atividade clínica do dia-a-dia aos chamados serviços preventivos, desde consultas pré-natais e estendendo-se ao longo da infância até o final da adolescência ^{7,8,9}. Há que se referendar aqui a sábia afirmação de um dos maiores pediatras e educadores de nosso país, Eduardo Marcondes: “a transcendência da promoção da saúde é uma daquelas percepções de caráter formativo sem as quais não se é pediatra” ⁹.

No entanto na quase totalidade desse último século, as evidências da efetividade dos componentes dessa puericultura se distinguiam mais por suas limitações do que por desfechos positivos comprovados. Isso porque, as recomendações, dos mais variados procedimentos, apoiavam-se em consensos e opiniões de expertos, de forma não sistemática e sem controle de resultados, justificando assim, estudos mais controlados em função das polêmicas geradas ^{7,10}.

Nos últimos dez anos surgiram inúmeros estudos controlados e revisões sistemáticas visando a identificar as evidências científicas mais sólidas que fundamentassem a recomendação das intervenções preventivas ^{11,12}. Dessa forma, firma-se o caráter científico da puericultura, num momento de transição em que ela deixa de ser estritamente médica e, por consenso dos especialistas, passa a ser desenvolvida mais como um processo multiprofissional em parceria com as famílias e comunidades ^{7,8,9}. De acordo com a Declaração de Jacarta sobre a Condução da Promoção da Saúde no século 21, a promoção da saúde é desenvolvida pelas pessoas e com as pessoas, não para elas ¹³.

Diante do exposto, fica claro que, há de se ratificar o que já foi dito pelos grandes mestres, Pedro de Alcântara e Eduardo Marcondes, Sociedade Brasileira de Pediatria e os principais protocolos estrangeiros: Puericultura cujas raízes são antropológicas e Pediatria cujas raízes

são médicas, formam a díade da assistência a criança durante o período de crescimento e desenvolvimento. Puericultura é então o conjunto de meios que visam assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança, ou seja, se ocupa da criança saudável com ênfase no crescimento e desenvolvimento, promoção da saúde e prevenção de agravos desde a gestação até o final da adolescência. Já a pediatria é à parte da medicina que cuida do ser humano em crescimento e desenvolvimento, desde a gestação até o final da adolescência; estabelece noções conceituais, descritivas e orientadoras por meio da observação cuidadosa da criança e do adolescente doente e aplica conhecimentos de patologia e terapêutica na sua assistência^{2,7,8,9,14-19}.

Em 1992, o Ministério da Saúde preconizou, como meta, para o atendimento de puericultura, um mínimo de nove consultas no primeiro ano de vida²⁰. Atualmente preconiza-se uma consulta ao mês no primeiro ano de vida e uma a cada três meses no segundo ano de vida. Em revisão bibliográfica sobre o assunto, verificou-se que, no Brasil, há poucos estudos avaliando a cobertura e a qualidade do atendimento em puericultura^{19,21,22}. Em 1993, a Academia Americana de Pediatria publicou *The Health Supervision Guidelines III* e no ano de 2000 o Centro Nacional de Educação em Saúde Materna e Infantil publicou *The Bright Futures, Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents*. Nesses dois estudos americanos, recomenda-se um mínimo de 28 consultas até 21 anos de idade, dos quais 5 a 10 consultas ocorreriam nos primeiros dois anos de vida^{15,23}.

Praticar a puericultura significa monitorizar o crescimento, entendido como um processo de caráter concreto, mensurável, que, em última análise, caracteriza-se pela incorporação constante, ao organismo, dos nutrientes recebidos^{24,25}.

O crescimento normal apresenta amplas variações, especialmente durante os dois primeiros anos de vida e na adolescência, fases em que a velocidade de crescimento é mais intensa²⁵⁻²⁷. O processo de crescimento depende de diversos fatores genéticos e ambientais, a citar: alimentação, atividade física, ausência de agravo ou doença e estimulação psicossocial²⁸. A ausência de um desses fatores pode modificar, de forma considerável, o crescimento e desenvolvimento da criança e/ou adolescente.

Os desvios de padrões de crescimento são indicadores inespecíficos, porém muito importante de distúrbios médicos graves. Frequentemente, eles fornecem o primeiro indício de que algo está errado, por vezes até mesmo quando os pais não suspeitam do problema. Deve-se obter medição precisa do peso, do comprimento e do perímetro cefálico a cada

consulta pediátrica. As medições seriadas são muito mais proveitosas do que as isoladas, pois podem detectar desvios do padrão de crescimento de determinada criança ainda que o valor permaneça dentro de limites normais arbitrariamente definidos ²⁹. Além disso, avaliações em diferentes etapas da vida, durante o período de crescimento do indivíduo, podem contribuir para explicar o que ocorreu em fases anteriores e sugerir riscos imediatos, mediatos ou tardios para a saúde ^{24,25,30-32}.

É no primeiro ano de vida que se efetuam as modificações mais importantes no desenvolvimento da criança, quando se apresentam grandes saltos evolutivos em menores períodos de tempo. As transformações, nas habilidades motoras axial e apendicular, favorecem, também, o aprimoramento das habilidades visuais. A prevenção e a detecção precoce de alterações no desenvolvimento infantil possibilitam a antecipação de processos de intervenção, garantindo a estimulação necessária para seu desenvolvimento global ³³. Nessa temática, os procedimentos utilizados para a triagem são de baixo custo, de simples aplicação e eficientes, a citar, a tabela de acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor.

Para a mais adequada avaliação do crescimento e do desenvolvimento torna-se necessário à adoção de certos indicadores que permitirão o diagnóstico precoce de algumas afecções que interferem no bom progresso pondo-estatural da criança e mesmo do adolescente ³.

No relatório elaborado pela *United Nations Children's Fund* (UNICEF), em 1994, são consideradas medidas que permitem importantes progressos no bem-estar infantil: monitorização do crescimento, terapia de reidratação oral, aleitamento materno e imunização. Esse mesmo relatório cita que “o principal indicador do crescimento normal e sadio de uma criança é o aumento mensal e regular de peso”.

Assim podemos afirmar que os dados antropométricos são de grande valia na Pediatria, pois atuam como indicadores de saúde ³⁴. De acordo com Marcondes, isto se dá pelo fato de: 1. sem ser o fenômeno, poder representá-lo; 2. são passíveis de expressão numérica; 3. suas principais limitações são conhecidas e 4. os dados podem ser obtidos por pessoal não especializado em medicina ³¹.

Defini-se assim, como monitorização do crescimento, o processo sequencial de medidas para o diagnóstico do crescimento físico e desenvolvimento de indivíduos, com a finalidade

de promover saúde e, conseqüentemente, prevenir agravos. Tal mecanismo serve como um instrumento de aplicação individual, contínuo, com objetivos sociais e técnicos.

Porém não basta obter os valores de peso, estatura e perímetro cefálico para monitorizar o crescimento de uma criança. É necessário registro, tendo como principal ferramenta, para a monitorização e avaliação do crescimento, o gráfico (ou curva) de crescimento. Atualmente, podemos encontrar gráficos de crescimento nacionais e internacionais ^{35,36}. Estes são utilizados como referenciais, e não como padrões, já que, na grande maioria dos casos, não representa a população em estudo.

Os gráficos de crescimento desenvolvidos, na década de 70, pelo *National Center for Health Statistics* (NCHS) e modificados no ano 2000 pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), têm sido utilizados para avaliar e monitorar o crescimento de crianças e adolescentes. Esses gráficos foram adaptados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para uso mundial ^{30,36-38}.

A promoção de saúde e a prevenção de agravos envolvem duas áreas fundamentais da puericultura: prevenção de acidentes e administração de vacinas ^{15,23}.

As imunizações constituem uma das ações básicas de saúde voltada à criança e de altíssima importância médico-social, pois apresentam um impacto direto nos coeficientes de morbidade e mortalidade em todo o mundo, principalmente em países subdesenvolvidos. Os programas de vacinações são dinâmicos e instituídos conforme as necessidades locais, sofrendo influencia de fatores econômicos, culturais e sociais. Estudos mostram que a imunização contra doenças transmissíveis é o único componente da promoção de saúde cuja eficácia está clara e amplamente documentada ^{39,40}.

No Brasil, há diversos calendários oficiais de vacinação em vigor, sendo este um procedimento obrigatório ⁴¹⁻⁴⁴. O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Imunizações (PNI), considera obrigatório, a vacinação contra poliomielite, difteria, tétano, coqueluche, hepatite B (HEP B), sarampo, rubéola, caxumba, tuberculose e infecções para *Haemophilus Influenzae* tipo b (Hib). A Prefeitura Municipal de Florianópolis incluiu, em seu calendário, além das vacinas anteriormente citadas, a vacina contra varicela.

Neste contexto, podemos afirmar que a atenção à saúde está diretamente relacionada à estrutura dos serviços e aos modelos de assistência existentes. O avanço científico contribui para o desenvolvimento de ações de prevenção e de novos meios diagnósticos e terapêuticos, resultando em mudanças no perfil epidemiológico da população.

Durante a segunda metade do século passado, ocorreram diversas mudanças que contribuíram para melhorias no atendimento à criança e ao adolescente. Muitas destas surgiram a partir de conferências mundiais, dentre as quais podemos citar a Declaração de Alma-Ata ⁴⁵, Declaração de Jacarta ¹³ e a Declaração de Ottawa ^{46,47}.

No Brasil, durante as últimas três décadas, mudanças também estão ocorrendo nos serviços públicos de saúde, sobretudo a partir da Constituição Brasileira de 1988 ⁴⁸. Estes valores se fortaleceram com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 ⁴⁹.

Seguindo os princípios de promoção de saúde, Florianópolis foi a primeira capital brasileira a conseguir baixar a um dígito a taxa de mortalidade infantil, igualando o índice aos apontados em países do “Primeiro Mundo”. Florianópolis foi reconhecida com o carimbo do Unicef e foi finalista do prêmio Prefeito Criança promovido pela Abrinq, devido a seu programa de assistência a mulheres no pré e pós-parto e às crianças de zero a seis anos ^{50,51}.

Em 1988, foi realizado, na capital catarinense, o I Encontro do Capital Criança, com o objetivo de sensibilizar os profissionais de saúde para as ações básicas de assistência ⁵². Nesse encontro foi elaborada e lançada a primeira Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente, que desde então, vem sendo aprimorada.

A Caderneta de Saúde da Criança já existe em países de Primeiro Mundo, a citar França, Portugal, Alemanha, Inglaterra e Japão, onde sua utilização tem influenciado na qualidade de vida das crianças e modificado alguns indicadores de saúde, como coeficiente de mortalidade infantil ^{53,54}.

Em Santa Catarina, a primeira caderneta implantada apresentava registros dos dados referentes à faixa etária de zero a três anos de idade. Percebendo a necessidade de detalhar e acrescentar outras informações importantes para o acompanhamento integral da criança, foi desenvolvido um novo projeto da caderneta de saúde, em 1996, abrangendo a faixa etária de zero a seis anos. Em 2001 foi implantado o terceiro modelo de caderneta de saúde da criança que expandiu a faixa etária para os vinte e um anos.

A caderneta de saúde passou a ser o primeiro documento de identidade da criança, assegurando, quando adequadamente utilizado, acompanhamento completo de saúde, desde a gestação até os 21 anos de idade. Esta caderneta contribui para uma melhor organização dos serviços de saúde, já que todos os dados referentes à criança estão registrados na mesma. Os responsáveis pela criança ou adolescente devem estar de posse da mesma em qualquer órgão ou instituição de atendimento infantil para que os dados sejam adequadamente registrados ⁵⁵.

Este é um procedimento que estaria em conformidade com o conceito de integralidade da atenção da saúde da criança nos serviços de saúde, deixando a doença de ser o foco principal.

O presente estudo visa avaliar a efetividade da Caderneta de Saúde como instrumento de educação continuada na promoção de saúde e prevenção de agravos.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar a efetividade da Caderneta de Saúde da Criança/ Adolescente, como um instrumento de educação continuada na promoção de saúde e prevenção de agravos envolvendo família, comunidade e instituições.

Objetivos Específicos

1. Verificar o registro de peso, estatura e perímetro cefálico da criança, na caderneta de saúde da criança e do adolescente;
2. avaliar um instrumento de medida referencial (gráficos de crescimento) utilizado para mapear o crescimento de crianças e adolescentes;
3. avaliar o preenchimento da tabela de desenvolvimento neuropsicomotor, presente na caderneta de saúde da criança e do adolescente; e
4. avaliar o preenchimento do registro de vacinação, na caderneta de saúde da criança e do adolescente.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, quantitativo ^{56,57}, realizado no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), no período de julho de 2002 a abril de 2004.

O estudo foi delineado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Deres Humanos ^{58,59} e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (processo no 092/02) em 27 de maio de 2002 e re-aprovado em reunião realizada em abril de 2004 (Anexo 1).

3.1. População de estudo

Crianças, até a idade de 2 anos, 11 meses e 29 dias, cujos responsáveis portavam a Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente durante consulta pediátrica, no Ambulatório de pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

3.2. Seleção da amostra

A amostra selecionada não foi probabilística, sendo composta por todas as crianças pertencentes à população de estudo.

3.3. Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo, aqueles que apresentavam os critérios abaixo:

- Presença da Caderneta de Saúde da Criança/ Adolescente na consulta pediátrica
- Idade da criança inferior a três anos.

3.4. Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo, aqueles que apresentavam alguns dos critérios abaixo:

- Ausência da Caderneta de Saúde da Criança/Adolescente na consulta pediátrica
- Idade da criança igual ou superior a três anos
- Preenchimento incompleto do questionário durante coleta de dados

3.5. Procedimentos

3.5.1. Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se neste estudo, um questionário semi-estruturado (Apêndice 1), elaborado a partir de um estudo-piloto onde foram definidas as variáveis a serem estudadas. Durante o processo de elaboração do questionário verificou-se a necessidade de codificar as variáveis para melhor registro das informações e análise dos dados (registro à direita do questionário).

3.5.2. Coleta dos dados

Os dados foram obtidos a partir do questionário semi-estruturado, pertencente ao projeto de pesquisa “Avaliação da Caderneta de Saúde no município de Florianópolis/SC, durante a última década. Os questionários foram aplicados, pela pesquisadora, no período de julho de 2002 a abril de 2004, através de coleta primária. A abordagem foi realizada na sala de espera, no período anterior a consulta, após esclarecimento e consentimento assinado pelo(a) acompanhante da criança (Apêndice 2) autorizando a aplicação do questionário e posterior utilização dos dados.

3.5.3. Variáveis do estudo

Foram observadas as seguintes variáveis neste estudo:

- Perfil biosociodeográfico do acompanhante da criança/adolescente na consulta pediátrica;

- Idade do acompanhante da criança/adolescente na consulta pediátrica: segundo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁶⁰;
- Idade materna em anos: segundo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁶⁰;
- Número de filhos do acompanhante da criança/adolescente;
- Ordem de nascimento;
- Escolaridade do acompanhante da criança/adolescente na consulta pediátrica: segundo critérios do Ministério da Educação e IBGE ^{60,61};
- Tipo de união conjugal do acompanhante da criança/adolescente na consulta pediátrica: segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁶⁰;
- Renda Familiar do acompanhante da criança/adolescente: segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁶⁰;
- Sexo da criança: segundo os critérios de classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁶⁰;
- Idade da criança: segundo os critérios de classificação da Sociedade Brasileira de Pediatria;
- Modelo de Caderneta de Saúde da Criança/Adolescente ⁶²⁻⁶⁴;
- Preenchimento do “Controle de Crescimento” presente nos três modelos de Caderneta de Saúde ⁶²⁻⁶⁴;
- Preenchimento do “Gráfico peso x idade” presentes nos três modelos de Caderneta de Saúde ⁶²⁻⁶²;
- Preenchimento do “Gráfico peso e estatura” presentes nos 2º e 3º Modelo de Caderneta de Saúde ^{62,63};
- Preenchimento do “Gráfico de circunferência craniana” presentes no 2º e 3º Modelo de Caderneta de Saúde ^{62,63};
- Preenchimento da Tabela de Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) presentes nos três modelos de Caderneta de Saúde ⁶²⁻⁶⁴;
- Preenchimento da tabela de vacinação de acordo com o calendário vacinal do município de Florianópolis(2002) ^{45,62-64} (Anexo 2), e
- Preenchimento dos registros multidisciplinares (assistência odontológica, assistência multidisciplinar, registros educacionais e esporte e lazer).

3.5.4. Análise estatística

Os resultados foram registrados em base de dados utilizando-se o programa Microsoft Excel 7.0[®] (Microsoft[®]) e, para análise estatística, foi empregado o programa Statistica 5.0[®] (StatSoft[®]).

Os procedimentos estatísticos utilizados foram medidas descritivas (média, mediana, desvio padrão – DP, valor máximo e valor mínimo) ^{65,66}, tabelas de frequência e Análise de Correspondência Múltipla (ACM). A ACM foi empregada para investigar a existência de associação entre variáveis categóricas: grupo etário, controle de crescimento, curva peso x idade, curva peso e estatura e curva de perímetro cefálico.

A ACM é uma técnica multivariada, descritiva e exploratória que possibilita analisar simultaneamente um conjunto de variáveis categóricas ^{67,68}. É análoga ao teste χ^2 , usualmente empregado para analisar a associação entre duas variáveis categóricas. Os resultados estatísticos oriundos da ACM são uma ampla tabela de frequências, conhecida como tabela de Burt e uma representação gráfica simplificada dos dados. Esta representação gráfica pode ser mostrada em dois ou três eixos ou dimensões. Em duas dimensões pode-se observar o padrão de associação em plano relacional, e em três em um espaço relacional. Da análise destes resultados é possível identificar padrões de associação existentes entre as variáveis analisadas. A intensidade do padrão de associação está relacionada ao percentual de inércia alcançado neste procedimento e que depende das características dos dados em análise. O percentual de inércia expressa o grau da variabilidade total dos dados explicado pelo padrão de associação identificado e representado graficamente. À medida que se inclui uma nova dimensão na ACM aumenta-se numericamente o percentual de inércia. A primeira dimensão é a de maior inércia.

3.6. Definição dos grupos de estudo quanto a variável *idade da criança*.

Quanto a variável *idade da criança*, essas foram divididas, inicialmente, em três grupos:

- Grupo 1: zero a um ano de idade (exclusive);
- Grupo 2: um ano de idade (inclusive) a dois anos de idade (exclusive); e
- Grupo 3: dois anos de idade (inclusive) a três anos de idade (exclusive).

Devido à diferença do número de crianças em cada um dos grupos previamente definidos, optou-se por trabalhar com apenas dois grupos, assim divididos:

- Grupo A: zero a um ano de idade (exclusive); e
- Grupo B: um ano de idade (inclusive) a três anos de idade (exclusive).

4 RESULTADOS

Os dados foram obtidos a partir de 63 questionários coletados no Ambulatório de Pediatria do *HU/UFSC* no período de julho de 2002 a abril de 2004. Os modelos de Cadernetas foram divididos em três categorias: 1º Modelo – caderneta implantada em 2001 (Anexo 3); 2º Modelo caderneta implantada em 1996 (Anexo 4); e 3º Modelo – caderneta implantada em 1991 (Anexo5).

TABELA 1 – Distribuição das crianças segundo o modelo de caderneta de saúde apresentado pelos responsáveis durante o período pré-consulta no ambulatório de pediatria

Modelo de Caderneta de Saúde	n	%
1º Modelo (2001)	43	68,25
2º Modelo (1996)	13	20,64
3º Modelo (1991)	7	11,11
Total	63	100,0

FONTE: Ambulatório de pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 2 – Distribuição das crianças segundo grupo etário, registrado na caderneta de saúde da criança/ adolescente.

Idade da Criança	n	%
Grupo A (< 1ano)	34	53,97
Grupo B (≥1 e < 3 anos)	29	46,03
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 3 – Distribuição segundo acompanhante da criança, durante a consulta pediátrica em ambulatório de pediatria.

Acompanhante da criança	n	%
Mãe	52	82,54
Pai	2	3,17
Pais (pai e mãe)	5	7,94
Outro*	4	6,35
Total	63	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* tia, avó e irmã

Referente a idade das mães (n=52), observou-se idade média de 26,14 anos (desvio padrão de idade mínimo: 17,89 anos e desvio padrão de idade máximo: 45,73 anos) e mediana de 24,71 anos.

Considerando as mães que se apresentavam, exclusivamente, como acompanhante, na consulta, verificou-se que 42,30% (n=22) possuíam um único filho, 19,23% (n=10) possuíam dois filhos, 21,15% (n=11) possuíam três filhos e 9,61% (n=5) possuíam 4 ou mais filhos. Do total de mães entrevistadas (n=52), quatro não informaram o número total de filhos.

TABELA 4 – Distribuição do número de filhos por mãe acompanhante entrevistada no ambulatório de pediatria

Número de filho por mãe entrevistada	Número de mães entrevistadas	
	n	%
Um filho	22	42,31
Dois filhos	10	19,24
Três filhos	11	21,15
Quatro filhos	2	3,84
Cinco filhos	2	3,84
Seis filhos	1	1,93
Não informado	4	7,69
Total	52	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 5 – Ordem de nascimento da criança registrada na caderneta de saúde e referida pela mãe acompanhante.

Ordem de nascimento	Número de mães entrevistadas	
	n	%
Primeiro filho	22	42,31
Segundo filho	11	21,15
Quarto filho	9	17,31
Quinto filho	2	3,84
Outro*	2	3,84
Não informado	6	11,55
Total	52	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

*Sétimo filho ou mais

Assim, verificou-se que a média de filhos obtidos a partir dos questionários, onde o acompanhante da criança era mãe, foi de 2,06 filhos (desvio padrão de número de filhos mínimo: 1 e desvio padrão de número de filhos máximo: 6) e a mediana de 2 filhos.

TABELA 6 - Preenchimento da Tabela de Controle de Crescimento na caderneta de saúde da criança e do adolescente, segundo grupo etário da criança.

Controle de Crescimento								
Grupo Etário	Preenchimento completo		Preenchimento incompleto		Ausência de preenchimento		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo A*	28	82,35	2	5,88	4	11,76	34	100
Grupo B♦	22	75,86	7	24,14	0	0	29	100
Total	n	50	9		4		63	
	%	79,37		14,29		6,35		100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* < 1 ano

♦ ≥ 1 ano e < 3 anos

TABELA 7 - Preenchimento da Tabela de Controle de Crescimento e Gráfico “peso x idade” na caderneta de saúde da criança e do adolescente, simultaneamente, no grupo etário A (< 1 ano).

Gráfico “peso x idade”									
Controle de Crescimento		Preenchimento completo		Preenchimento incompleto ou inadequado		Ausência de preenchimento		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Preenchimento completo		17	50	7	20,59	4	11,76	28	82,35
Preenchimento incompleto ou inadequado		0	0	1	2,94	1	2,94	2	5,88
Ausência de preenchimento		1	2,94	1	2,94	2	5,88	4	11,76
Total		n		18		9		34	
	%		52,94		26,47		20,59		100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

TABELA 8 - Preenchimento da Tabela de Controle de Crescimento e Gráfico “peso x idade” na caderneta de saúde da criança e do adolescente, simultaneamente, no grupo etário B(≥ 1 ano e < 3 anos).

Controle de Crescimento		Gráfico “peso x idade”							
		Preenchimento completo		Preenchimento incompleto ou inadequado		Ausência de preenchimento		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Preenchimento completo		15	51,72	5	17,24	2	6,90	22	75,86
Preenchimento incompleto ou inadequado		1	3,45	5	17,24	1	3,45	7	24,14
n		16		10		3		29	
Total			55,17		34,48		10,34		100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

Referente aos gráficos: “peso e estatura” e “circunferência craniana”, serão considerados apenas os questionários do 1º e 2º Modelos de Caderneta de Saúde, já que estão ausentes no 3º Modelo de Caderneta.

TABELA 9: Preenchimento do Gráfico “peso e estatura” na caderneta de saúde da criança e do adolescente, segundo grupo etário da criança.

Gráfico “peso e estatura”								
Grupo Etário	Preenchimento completo		Preenchimento incompleto ou inadequado		Ausência de preenchimento		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo A*	11	33,33	3	9,09	19	57,58	33	100
Grupo B [♦]	7	30,43	3	13,04	13	56,52	23	100
Total	n	18	6		32		56	
	%	32,14		10,71		57,15		100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* < 1 ano

♦ ≥ 1 ano e < 3 anos

TABELA 10: Preenchimento do gráfico “circunferência craniana” na caderneta de saúde da criança e do adolescente, segundo grupo etário da criança.

Gráfico de “Circunferência Craniana”								
Grupo Etário	Preenchimento completo		Preenchimento incompleto ou inadequado		Ausência de preenchimento		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupo A*	9	27,27	2	6,06	22	66,67	33	100
Grupo B♦	2	8,70	4	17,39	17	73,91	23	100
Total	n	11	6	39	56			
	%	19,64	10,71	69,64	100			

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* < 1 ano

♦ ≥ 1 ano e < 3 anos

A figura, abaixo, mostra a representação gráfica da Análise de Correspondência Múltipla em um plano com três dimensões. Nesta observou-se uma clara divisão espacial em dois grupos de variáveis, a qual é norteadada pela distância entre os pontos que representam as variáveis categóricas: controle de crescimento, gráfico “peso x idade”, gráfico “peso e estatura” e gráfico “circunferência craniana”. Dessa forma, este achado é suportado por um total de inércia de 59,51% ou seja, 24,64% , 19,75% e 15,11% referentes a primeira, segunda e terceira dimensão, respectivamente. Nesta análise evidenciou-se que não há associação entre um melhor preenchimento da caderneta de saúde da criança/ adolescente e idade da criança.

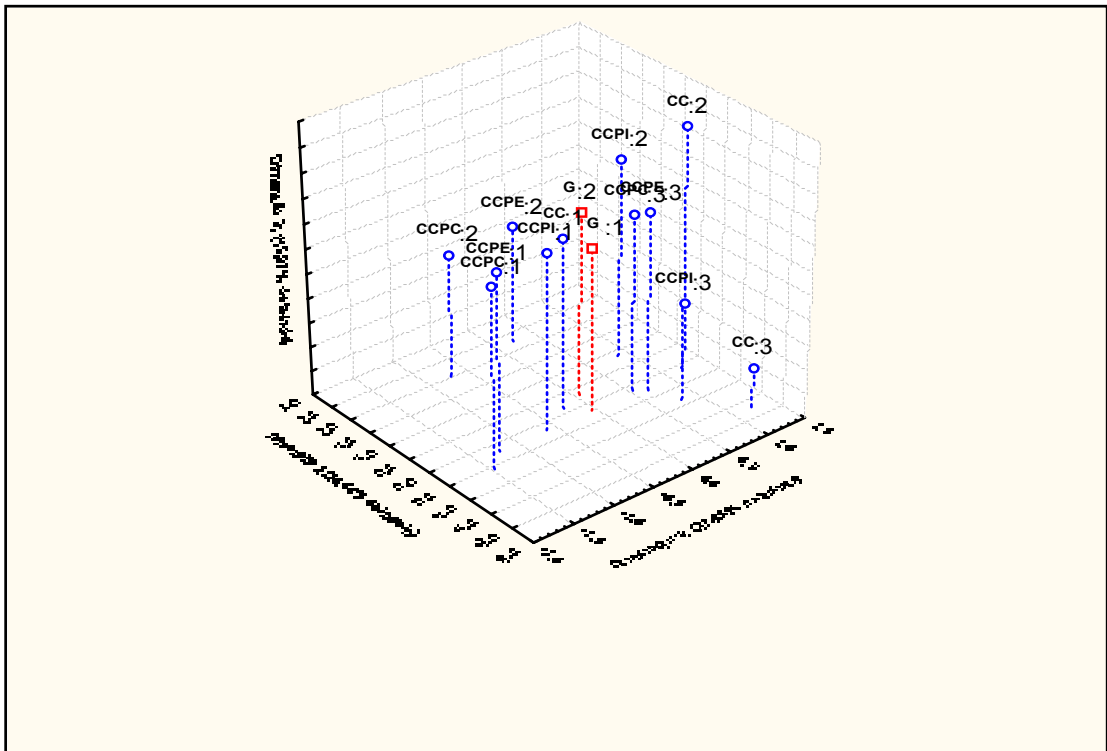


Figura 1 – Análise da Correspondência Múltipla para as variáveis categóricas: controle de crescimento, gráfico “peso x idade”, gráfico “peso e estatura e gráfico “circunferência craniana” para os grupos etários G:1 e G:2, nas crianças atendidas no ambulatório de pediatria do HU/UFSC no período de julho/2002 a abril/2004.

Legenda

- CC:1 Controle de crescimento com preenchimento completo
- CC:2 Controle de crescimento parcialmente preenchido
- CC:3 Controle de crescimento sem preenchimento
- CCPI:1 Gráfico “peso x idade” com preenchimento completo
- CCPI:2 Gráfico “peso x idade” parcialmente preenchido
- CCPI:3 Gráfico “peso x idade” sem preenchimento
- CCPE:1 Gráfico “peso e estatura” com preenchimento completo
- CCPE:2 Gráfico “peso e estatura” parcialmente preenchido
- CCPE:3 Gráfico “peso e estatura” sem preenchimento
- CCPC:1 Gráfico “circunferência craniana” com preenchimento completo
- CCPC:2 Gráfico “circunferência craniana” parcialmente preenchido
- CCPC:3 Gráfico “circunferência craniana” sem preenchimento
- G:1 Grupo etário A (< 1 ano)
- G:2 Grupo etário B (≥ 1 ano e < 3 anos)

TABELA 11: Preenchimento da Tabela de Desenvolvimento Neuropsicomotor na caderneta de saúde da criança e do adolescente, segundo grupo etário da criança.

Tabela de Desenvolvimento Neuropsicomotor								
Grupo Etário	Preenchimento completo		Preenchimento incompleto		Ausência de preenchimento		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Grupo A*	10	29,41	15	44,12	9	26,47	34	100
Grupo B♦	6	20,69	18	62,07	5	17,24	29	100
Total	n	16	33		14		63	
	%	25,40%		52,38%		22,22%		100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

* < 1 ano

♦ ≥ 1 ano e < 3 anos

TABELA 12: Preenchimento do registro de vacinação na caderneta de saúde da criança e do adolescente, segundo calendário de vacinação do município de Florianópolis – Santa Catarina (2002).

Tipo de vacina		Adequado	Inadequado	Total
BCG	n	59	2	61
	%	96,72	3,28	100
DPT	n	56	5	61
	%	91,8	8,2	100
POLIO	n	57	4	61
	%	93,44	6,56	100
MMR	n	57	4	61
	%	93,44	6,56	100
HEPB	n	58	3	61
	%	95,08	4,92	100
HiB	n	51	10	61
	%	83,61	16,39	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

Legenda

BCG : Vacina contra bacilo da tuberculose

DPT: Vacina tríplice bacteriana (coqueluche, tétano e difteria)

POLIO: Vacina contra vírus da poliomielite

MMR: Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)

HEPB: Vacina contra virus hepatite B

HiB: Vacina contra *Haemophilus Influenzae* tipo B

TABELA 13: Proporção de crianças menor de 1 ano de idade (exclusive), com esquema de vacinação completo, no momento da entrevista, considerando a informação da caderneta de saúde, segundo calendário de vacinação do município de Florianópolis – Santa Catarina (2002).

Adequação da vacina (dose e idade)				
Tipo de vacina		Adequado	Inadequado	Total
BCG	n	30	1	32
	%	93,8	6,3	100
DPT	n	31	1	32
	%	96,9	3,1	100
POLIO	n	32	0	32
	%	100	0	100
HEPB	n	30	2	32
	%	93,8	6,3	100
HiB	n	27	5	32
	%	84,4	15,6	100

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

Legenda

BCG : Vacina contra bacilo da tuberculose

DPT: Vacina triplice bacteriana (coqueluche, tétano e difteria)

POLIO: Vacina contra vírus da poliomielite

MMR: Vacina triplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)

HEPB: Vacina contra virus hepatite B

HiB: Vacina contra *Haemophilus Influenzae* tipo B

5 DISCUSSÃO

O avanço da tecnologia, a globalização, o respeito aos princípios éticos tem aumentado a cobrança da sociedade civil junto aos órgãos governamentais, por resultados visíveis que atestem o correto uso dos recursos públicos e melhorem sua qualidade de vida. Todo esse movimento em prol da qualidade de vida tem feito com que os governos, organizações não governamentais, fundações de corporações públicas e privadas, principalmente agências internacionais de fomento e os países doadores reivindiquem cada vez mais a inclusão de metodologias de monitoramento e avaliação de processo, resultados e impacto dos programas implementados. Na América Latina, são raros os programas que aprofundam seus esforços avaliativos, no sentido de mostrar efeitos e impactos. A maior parte deles restringe-se apenas à descrição das discrepâncias entre o realizado e o programado, e entre os recursos implementados e as coberturas alcançadas ⁶⁹.

O campo da promoção da saúde não está imune a essas demandas sociais, uma vez que requer múltiplos enfoques, dependente de informações advindas de campos disciplinares distintos e demanda de desenvolvimento de longo prazo para produzir resultados.

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra *combinação* enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra *delineada* distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. *Facilitar* significa predispor, possibilitar e reforçar. *Voluntariedade* significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. *Ação* diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde ^{70,71}.

Define-se então como promoção em saúde uma *combinação* de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. *Combinação* refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio.

Educacional refere-se à educação em saúde tal como acima definida. *Ambiental* refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde. Utiliza-se aqui para fazer referência àquelas forças da dinâmica social, que incidem sobre uma situação específica e que vão muito além do estudo do ambiente físico ou dos serviços médicos destinados à população. Dizem respeito àqueles fatores ambientais que também precisam ser considerados no planejamento de atividades de promoção em saúde. Note-se que essa, se diferencia dos outros dois maiores componentes da saúde pública por fixar a engenharia do meio ambiente à *proteção em saúde* e a administração no ambiente médico aos *serviços de prevenção para a saúde* ^{14,70,71}.

A expressão condições de vida permite que a definição de promoção em saúde ultrapasse os limites daqueles fatores estritamente comportamentais, observáveis em geral durante o relacionamento interpessoal que ocorre no âmbito do nível local, para prender-se a uma teia de interações muito mais complexa, constituída pela cultura, por normas e pelo ambiente socioeconômico, cada um deles se associando com o significado histórico mais amplo do que se convencionou denominar de *estilo de vida* ^{70,71}.

Essas duas definições enfatizam os objetivos e esclarecem os propósitos da educação em saúde e da promoção em saúde. Ao fazê-lo, permitem distinguir com mais propriedade tipos de programas, de atividades e de procedimentos, que passam a ser mais bem caracterizado por propostas que, dependendo das circunstâncias, poderão ser de natureza educacional ou de natureza promocional. Ambas procuram sempre contribuir para o alcance de melhores níveis de saúde da população focalizada ^{12,70,71}.

Na prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade (inclui também o meio familiar), compreendida aqui como contendo populações-alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões. Por constituir apenas uma parte de um conjunto de atividades, é óbvio tratar-se de uma atividade-meio ^{70,71}.

A caderneta de saúde do município de Florianópolis, por ser um instrumento que usa estratégias avaliativas que ultrapassem as fronteiras da tradicional prática em saúde, centrada

no biológico e na prevenção de doenças através da redução de riscos individuais, cabe perfeitamente no conceito de promoção de saúde e prevenção de agravos.

Baseado nesses princípios, a avaliação da efetividade desse instrumento de trabalho, seguindo o conceito de efetividade, ou seja, avaliar o impacto que produz em um ambiente real, isto é, com todas as suas imperfeições é pertinente. Isso porque, sabe-se também, que o uso de determinados produtos ou procedimentos, geralmente não tem o mesmo impacto obtido em condições ideais, tendo em vista que há pessoas, que não os utilizam, ou os empregam de maneira inadequada ⁶⁵.

Em pesquisa sobre o assunto verificamos a existência de caderneta de saúde da criança em diversos países, a citar, Reino Unido, Canadá ⁷², França ⁷³, Alemanha, Utah/EUA ⁷⁴ e Japão ⁷⁵. No entanto, foram encontrados apenas três trabalhos, todos referentes a caderneta do Japão ^{53,54,76}.

No Japão, a caderneta de saúde da mãe e da criança existe há 52 anos e já passou por duas importantes revisões nos anos de 1976 e 1981 ⁷⁶. Estudos realizados nessa última década vêm demonstrando seu papel, direto e indireto, na redução das taxas de perimortalidade. De 1965 (período em que a caderneta de saúde do Japão foi implantada) até 1990, a perimortalidade diminuiu de 30 por 1000 nascidos vivos para 5,7 por 1000 nascidos vivos ⁵³.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um dos indicadores mais eficazes para refletir não somente aspectos da saúde de crianças, como a qualidade de vida de uma determinada população. Existem claras associações entre riqueza e nível de desenvolvimento de um país ou região e suas TMI. No Brasil, apesar da mortalidade infantil mostrar uma tendência ao decréscimo nos últimos 21 anos, ainda permanece elevada, com uma TMI estimada de 32,7 por 1000 nascidos vivos ⁷⁷.

Desde a implantação da caderneta de saúde junto ao Programa Capital Criança da Prefeitura Municipal de Florianópolis, a mortalidade de crianças de zero a 1 ano na capital catarinense caiu de 21,6 por 1000 nascidos vivos para 8,8 por 1000, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, dado ratificado pelo Ministério da Saúde ⁵⁰.

Na literatura nacional, não foram encontrados estudos referentes às Cadernetas de Saúde, apesar de existirem vários modelos em vigor, a citar, Curitiba ^{78,79}, Sobral ⁸⁰, Goiânia ^{81,82}, Santo André e Sociedade Brasileira de Pediatria ⁸³.

A caderneta de saúde do Japão foi desenvolvida para atender a gestante e seu filho até os seis anos de idade. Ela consiste em duas grandes sessões: educação em saúde e registro de

saúde. Na sessão referente à educação em saúde encontramos o conjunto de leis que regem a maternidade e a criança naquele país, informações sobre os serviços oferecidos pelo o governo à gestante e à criança, evolução da gestação, cuidado para com recém-nascido e a criança (desenvolvimento, dieta e nutrição, imunização e cuidados dentários). Na sessão relacionada aos registros de saúde encontramos consultas de pré-natal (resumo das gestações anteriores, condições de saúde, profissão, atividades sociais e ocupacionais, meios de transporte e condições de vida), parto e cuidado pós-parto, higiene dental da mãe e da criança, desenvolvimento da criança (curvas de crescimento e tabela de desenvolvimento), consultas de pediatria, imunização e intercorrências clínicas da criança⁵³.

A caderneta de saúde de Florianópolis assemelha-se em diversos aspectos a caderneta do Japão. Além das sessões relacionadas à criança, anteriormente citadas, apresenta, também, informações quanto ao desenvolvimento puberal e itens relacionados à prevenção de agravos (acidentes, aids e drogas). De maneira inovadora, há locais para o registro de atendimento multidisciplinar (assistência odontológica, registros educacionais, esportes e lazer e assistência interdisciplinar). Neste estudo verificou-se que em 100% (n=63) das cadernetas não havia qualquer tipo de registro multidisciplinar.

No presente estudo, do total de Cadernetas de Saúde apresentadas 68,25% (n=43) representavam o 1º Modelo (2001), 20,63% (n= 13) o 2º Modelo (1998) e apenas 11,11% (n=7) representavam o 3º Modelo de Caderneta (1991). O predomínio do primeiro modelo se justifica pelo fato das crianças envolvidas apresentarem idade inferior a três anos de idade, havendo maior distribuição dos modelos de cadernetas mais novos, nesse período.

Baseado na perspectiva ecológica de desenvolvimento de Brofenbrenner⁸⁴ sobre os diferentes contextos que o indivíduo frequenta⁸⁵, verifica-se que a família é um dos contextos mais importantes do mundo ecológico da criança, pois é através dela que a criança é apresentada ao mundo ao seu redor. Outro fato é que, os primeiros dois anos de vida da vida da criança são importantes pelo acelerado crescimento e o processo de mielinização. A importância do envolvimento de pais nesta fase é então auto-explicativa: a participação efetiva da família e a monitorização adequada do crescimento e desenvolvimento, vinculada as ações preventivas, podem promover situações complementares e significativas de promoção da saúde e prevenção de agravos que realmente vão ao encontro às necessidades e demandas do que se espera para as crianças saudáveis.

Pais que estão envolvidos na criação de seus filhos desenvolvem uma atitude mais positiva com relação aos profissionais, que cuidam de seus filhos e com relação a si mesmos, tornando-se mais ativos na sua comunidade e melhorando seu relacionamento com os filhos. As pesquisas têm mostrado a importância dos pais nos cuidados às crianças, ratificando a afirmativa de que, *o envolvimento dos pais, com os cuidadores de seus filhos, passou a ser considerado nos últimos anos como uma preocupação necessária e legítima*. Diante disso, os pais deverão tomar o seu devido lugar no processo de monitorização do crescimento e desenvolvimento de seus filhos desde seus primeiros dias de vida ⁸⁵. No entanto, na literatura consultada, os trabalhos têm mostrado que o principal acompanhante da criança nas consultas de puericultura, continua sendo a mãe ^{19,53,86}. Também se verificou na literatura consultada que mães mais jovens (com menos de 25 anos) e com menor número de filhos tendiam a usar mais os serviços de puericultura ^{19,86-88}.

Em relação ao perfil biosociodemográfico do acompanhante da criança, em nossa pesquisa, observou-se que 82,53% (n=52) dos acompanhantes eram exclusivamente “mães”. No entanto se considerarmos aquelas mães que estavam acompanhadas do pai da criança, esse valor se eleva para 90,47% (n= 57).

Neste estudo, a idade média das mães foi de 26,14 anos (mediana de 24,71 anos). Considerando as mães que se apresentavam, exclusivamente, como acompanhante, na consulta, verificou-se que 42,30% (n=22) possuíam um único filho, 19,23% (n=10), possuíam dois filhos, 21,15% (n=11) possuíam três filhos e 9,61% (n=5) possuíam 4 ou mais filhos, de acordo com os resultados encontrados na literatura.

Do total de crianças envolvidas no estudo, 53,97% (n=34) apresentaram idade inferior a 1 ano e 46,03%(n=29) apresentaram até 3 anos de idade (exclusive).

Os parâmetros avaliados neste trabalho, foram monitorização do crescimento e desenvolvimento e vacinação, por se constituírem ações básicas de saúde, marcos da promoção da saúde e prevenção de agravos e atividades obrigatórias dentro da puericultura. Segundo Eduardo Marcondes, a puericultura não levanta vôo sem a monitorização de crescimento e desenvolvimento. A afirmação de *manter o peso*, quando empregado na área pediátrica é uma falácia. A desnutrição da criança em acompanhamento ambulatorial ou da criança hospitalizada e a obesidade da criança e adolescente em acompanhamento ambulatorial é acontecimento não incomum, exatamente por uma interpretação errônea e ou,

não preenchimento das curvas de crescimento para adequada monitorização do crescimento da criança ².

A criança é um ser em crescimento e desenvolvimento, portanto o pouco ganho ou manutenção do peso, estatura significa indubitavelmente desaceleração do crescimento ou parada. Esses fatos são tão mais graves quanto mais jovem for a criança; bem como igualmente grave é o ganho acelerado de peso levando a obesidade ².

Portanto os padrões de crescimento constituem um dos instrumentos mais amplamente utilizados na assistência à saúde da criança, tanto na área clínica, como na de saúde pública. Em termos populacionais, os padrões de crescimento têm diversas aplicações, tais como: prever situação emergencial relacionada à nutrição e alimentação, mensurar a equidade e a distribuição dos recursos econômicos intra e inter comunidades, avaliar as práticas de desmame, rastrear e acompanhar grupos de risco nutricional. Em termos individuais, cita-se: monitorar e promover o crescimento, identificar o período adequado para introduzir a alimentação complementar ao leite materno, avaliar performance da lactação e auxiliar o diagnóstico da falta ou excesso de crescimento ^{2,89}.

Em síntese, a avaliação do crescimento envolve comparação de medidas físicas observadas com valores de referência expressos em tabelas e curvas. Estas últimas encontram-se, geralmente, impressas na caderneta de saúde da criança.

Não se pode deixar de enfatizar que o uso das curvas de crescimento não somente permite acompanhar no tempo a evolução da criança, como também constitui excelente recurso de educação em saúde para os pais e/ou responsáveis pela criança. Recentemente, o referencial de crescimento do NCHS, utilizado mundialmente desde 1977, foi revisado, objetivando refletir mudanças seculares e corrigir e/ou minimizar uma série de falhas que o apontam atualmente como um indicador imperfeito do crescimento ⁸⁹.

Peso, altura e circunferência cefálica são as medidas antropométricas mais utilizadas para avaliação e monitoramento do crescimento durante a infância. ³⁶

A interpretação das medidas antropométricas exige o uso de padrões de referência e de pontos de corte definidos. É desejável que o profissional dê preferência às preconizações das agências nacionais e internacionais de saúde, pois, geralmente, os dados resultam de estudos e análises criteriosos, feitos por grupos de *experts*, e propiciam uma padronização dos cuidados de saúde e comparação com dados internacionais ⁸⁹. Na avaliação antropométrica, ponto de corte significa linha divisória, distinguindo os que necessitam e os que não necessitam de

intervenção, permitindo ainda discriminar níveis de distúrbio nutricional. Os pontos de corte podem ser determinados estatisticamente ou com base na relação entre estado nutricional e debilidades funcionais e/ou sinais clínicos, e, ocasionalmente, risco de mortalidade. A operacionalização desses conceitos depende do estabelecimento de um padrão de referência ou de normalidade ⁸⁹.

Os dados antropométricos de referência podem ser derivados de estudos locais e internacionais ³⁶. Em 1977, o *National Center for Health Statistics* (NCHS) divulgou e recomendou para os Estados Unidos um referencial de Peso/Idade (P/I), Peso/Altura (P/A), Comprimento/Altura (C/A), Comprimento/Idade (C/I), Altura/Idade (A/I) e Circunferência Cefálica/Idade (CC/I) de crianças de 0 – 18 anos de idade de ambos os sexos. Posteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu o referido padrão (NCHS/1977) como adequado para avaliação de diferentes grupos raciais e o recomendou para uso internacional, sendo o mesmo adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil ^{90,91}.

Referente ao controle de crescimento, verificou-se que 82,35% (n=28) das crianças com até um ano de idade (grupo1, n=34) apresentaram a caderneta completamente preenchida. No entanto, quando consideramos o controle de crescimento e o gráfico “peso x idade”, apenas metade (n=17) preencheu as duas variáveis completamente, apesar de 60,71% (n=17) estarem com o gráfico, acima citado, completamente preenchido.

No grupo de crianças até três anos de idade (grupo2, n=29), tal informação se assemelha. Verificou-se que 75,86% (n=22) apresentavam o controle de crescimento completamente preenchido. Destes, apenas 51,72% (n=15) contavam, também, o gráfico “peso x idade” com preenchimento completo.

Considerando a população (n=63) percebeu-se que, ao final, 52,94% (n=18) apresentaram, adequadamente preenchido, para idade, ambas as variáveis: controle de crescimento e gráfico “peso x idade”.

Se considerarmos o fato de que o registro de peso e idade é obrigatório no serviço de pediatria em que este trabalho foi realizado e que seu registro foi considerado completo de acordo com o número mínimo de consultas preconizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, pode-se afirmar que 79,37% (n=50) das crianças até três anos de idade (exclusive), envolvida no estudo, estão recebendo acompanhamento adequado de pediatria. No entanto, se apenas 52,94% (n=18) apresenta, concomitantemente, o preenchimento completo do gráfico “peso x idade”, 32,04% (n=18) do gráfico peso e estatura e 19,64% (n=11) do gráfico de

“circunferência craniana”, significa que não está sendo realizado o registro dessas informações nos gráficos presentes nas cadernetas de saúde, apesar da realização da consulta pediátrica.

Referente aos gráficos: “peso e estatura” e “circunferência craniana”, serão considerados apenas os questionários do 1º e 2º Modelos de Caderneta de Saúde, já que estão ausentes no 3º Modelo de Caderneta.

Comparando, com os dados anteriormente apresentados, percebeu-se que o preenchimento dos gráficos “peso e estatura” e “circunferência craniana”, foram menores que os anteriores. Verificou-se que, nas crianças até 1 ano de idade (grupo 1), apenas 33,33% (n=11) apresentavam seu gráfico “peso e estatura” completamente preenchido, sendo que 57,58% (n=19), estavam com seu gráfico em branco. No grupo de crianças até 3 anos (grupo 2) 30,43% (n=7) estavam com o gráfico preenchido, contrastando com 56,52% (n=13) que também apresentavam o gráfico em branco.

Assim, do total (n=56), apenas 32,14% (n=18) estavam completamente preenchidos, 10,71% (n=6) estavam parcialmente preenchidos e 57,14% estavam com o gráfico “peso e estatura” sem preenchimento.

De todos os gráficos estudados neste trabalho, o que apresentou mais inadequado preenchimento foi o gráfico “circunferência craniana”. Do total de cadernetas que possuíam este gráfico (n=56), somente 19,64% (n=11) estavam completamente preenchidos, 10,71% (n=6), estavam parcialmente preenchidos e 69,64% (n=39) estavam sem preenchimento.

A evolução da pediatria aliada as ações básicas de saúde obriga o pediatra estar cada dia mais atento a prevenção das doenças. Por ser a pediatria uma ciência que estuda o ser em crescimento e desenvolvimento o compromisso do pediatra na avaliação, identificação e intervenção precoce dos distúrbios do desenvolvimento é de caráter imprescindível e prioridade maior. A vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), a busca dos sinais suspeitos nas visitas de rotina e a atenção às preocupações dos pais são muito importantes no diagnóstico precoce do retardo do desenvolvimento e, na intervenção terapêutica adequada com o objetivo de diminuir a deficiência e o estresse da família. Para uma boa avaliação do DNPM as avaliações e consultas médicas precisam ser cuidadosas e baseadas numa anamnese e exame físico completo, sendo necessário ainda que o pediatra possua conhecimento de como se processa a maturação neurológica. É possível que o pediatra seja o primeiro ou o único profissional a entrar em contato com a criança e sua família antes

do ingresso na escola, portanto, ele precisa estar apto a reconhecer, avaliar, tratar e encaminhar para avaliação adicional ou para serviços comunitários crianças com deficiências do desenvolvimento ou sob risco de virem a manifestá-las. Além disso, o pediatra deve sentir-se à vontade ao transmitir informações concernentes ao diagnóstico à família e, a oferecer apoio contínuo. Essa habilidade na coordenação é importante no sentido de evitar iatrogenias⁹².

Nos últimos anos, observou-se diminuição na taxa de mortalidade infantil atribuída aos avanços tecnológicos na área de neonatologia. Conseqüentemente, crianças clinicamente vulneráveis têm conseguido sobreviver e essa realidade pode contribuir para o aumento da morbidade nesse grupo de crianças, resultando em distúrbios ou atrasos no desenvolvimento. Enquanto o risco biológico define os principais fatores que influenciam os desfechos do desenvolvimento infantil em crianças de países desenvolvidos, no Brasil, a crescente morbidade observada em crianças que apresentaram intercorrências clínicas ao nascimento pode ser resultado da associação de fatores biológicos e sociais. Existem diferentes fatores de risco para atraso no desenvolvimento da população infantil.

Em estudo realizado, onde se avaliou crianças provenientes de classes socioeconômicas baixas de cidade do Nordeste brasileiro, observou-se que os fatores ambientais exercem importante influência no desenvolvimento motor e mental de crianças aos 12 meses de idade⁹³, mostrando dessa forma a importância de monitorizar adequadamente o desenvolvimento da criança, principalmente nos primeiros dois anos de vida⁹².

A caderneta de saúde do presente estudo, dá uma visão prática ao pediatra geral de como realizar periodicamente, nas consultas de rotina, uma boa triagem (clínica) na busca de distúrbios do DNPM, nos primeiros anos de vida da criança

Quanto ao registro das informações na tabela de desenvolvimento neuropsicomotor, houve predomínio de preenchimentos incompletos ou inadequados (52,38% (n=33)). Nos três modelos de Caderneta de Saúde (Anexo 6), observa-se que nesta página há uma legenda de orientação para o seu adequado preenchimento. Com os resultados apresentados, pode-se suspeitar que esta não está sendo adequadamente usada pelos profissionais de saúde que manuseiam as cadernetas.

As imunizações constituem uma das ações básicas de saúde da criança de altíssima importância médico-social, apresentando um impacto direto nos coeficientes de morbimortalidade infantil^{3,94}. O conhecimento referente à cobertura vacinal durante o primeiro ano

de vida também é um importante elemento para programas de vigilância epidemiológica, pois permite acompanhar o número de indivíduos susceptíveis na população, bem como avaliar até que ponto a imunização em massa está sendo uma barreira efetiva na transmissão de doenças

40

A avaliação de sua efetividade é fundamental para garantir o sucesso dos programas de imunização^{40,87,95}. O adequado registro das vacinas no cartão de vacinação ou na caderneta de saúde auxilia na prevenção de epidemias⁷⁶.

Na literatura pesquisada, a vacinação nos primeiros anos de vida mostrou-se bastante diversificada. Em estudo realizado em no município de São Luís (Maranhão) observou-se, em crianças até dois anos de idade, cobertura de 80,3% para BCG, 68,8% para Sabin, 64,1% para DPT e 60,5% para anti-sarampo⁸⁷. Em outro estudo realizado em Teresópolis (Rio de Janeiro), constatou-se que 93,6% das crianças encontravam-se com sua vacinação básica em dia. As vacinas que mais estavam atrasadas eram DPT e BCG⁸⁸. Num terceiro estudo realizado no município de São Paulo (São Paulo), observou-se, também para crianças até dois anos de idade, cobertura de 88,5% para BCG, 84,8% para DPT e 85,7% para anti-sarampo nos anos 1984-85 e 99,3% para BCG, 98,1% para DPT e 96,8% para anti-sarampo nos anos 1995-96.

No presente estudo, das cadernetas pertencentes às crianças com idade até 1 ano (exclusive), obteve-se um adequado registro de vacinação. O resultados mostraram-se superiores a 90% nas vacinas BCG (93,8%), DPT (96,9) e HEPB (93,8), sendo que para a vacina contra poliomielite o registro adequado foi de 100%. A única vacina que apresentou valores inferiores foi a para Hib (84,4%), porém apresenta-se dentro da meta do Ministério da Saúde e UNICEF, isto é, superior a 80%^{96,97}. Se considerarmos todas as cadernetas que participaram do estudo, percebemos que os valores se assemelham: BCG (96,72%), DPT (91,8), POLIO (93,44%), MMR (92,44), HEPB (95,08%) e HiB (83,61%).

O papel que o médico-pediatra exerce tem um alto poder de penetração e resolutividade, pois apresenta um impacto considerável na vida familiar, por meio da criança. Além disso, os pediatras têm sido vistos dentro de um grupo dos profissionais médicos, como aqueles de maior sensibilidade para mudar e os mais permeáveis a esta mudança, além de importante sujeitos transmissores de conhecimentos, como reais educadores¹⁷.

Estudos afirmam que há evidências de que as famílias gostariam de obter mais informações sobre a saúde da criança do que os pediatras costumam dar, e respondem melhor

ao acompanhamento da criança quando bem informadas ^{8,15,23,98}. Nevin et al, cita um estudo que demonstrou que a distribuição de livros com informações sobre a criança, aumenta a orientação e a receptividade da família quanto ao atendimento médico ¹⁵.

Assim, a caderneta de saúde da criança atua como elo de ligação entre o médico pediatra-puericultor e a família, de forma a esclarecer dúvidas básicas referentes ao desenvolvimento da criança, bem como, promoção de saúde (cuidados com higiene, normas de alimentação e aleitamento materno, calendário vacinal, DNPM, desenvolvimento genital e pêlos pubianos) e prevenção de agravos (prevenção contra drogas, aids e acidentes) sendo importante a continuidade do investimento na sua adequada utilização ⁶²⁻⁶⁴.

5.1. Contribuição dos Resultados da Pesquisa: Fundamentação da Necessidade de Implementação de Educação Continuada

Este estudo verificou que somente a classe médica, apesar da forma inadequada e incompleta, tem utilizado a caderneta de saúde, pois as páginas, reservadas para as equipes multidisciplinares, ainda não se apresentaram preenchidas.

Assim, mesmo educando os pais (principalmente a mãe) quanto à importância da caderneta de saúde, é necessário, antes de tudo, conscientizar e educar os profissionais de saúde para o adequado registro dos dados nesta, pois é a partir da ação desses, que resultados positivos poderão surgir quanto à melhoria da saúde da criança brasileira.

Na carta de Ottawa (1986), há a definição de promoção de saúde como sendo “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação deste processo” ⁴⁷. Assim, a continuidade deste trabalho dar-se-á através de módulos de educação continuada, de forma a possibilitar o adequado manuseio e preenchimento dos modelos de caderneta de saúde, existentes no município de Florianópolis, por médicos e demais profissionais de saúde ⁹⁹.

A capacitação ocorrerá sob a forma de palestras que serão ministradas pelos médicos e estudantes de medicina envolvidos no presente estudo, visando capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde para o adequado preenchimento das cadernetas de saúde.

Os conteúdos abordados serão divididos em tópicos, conforme abaixo:

- Por que preencher a caderneta de saúde? Apresentação dos dados obtidos no ambulatório de pediatria do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina;
- histórico da caderneta de saúde da criança e do adolescente do município de Florianópolis;
- apresentação dos modelos de cadernetas de saúde existentes no município de Florianópolis, evidenciando as semelhanças e diferenças entre elas;
- preenchimento adequado da caderneta de saúde no ambulatório de pediatria, na emergência pediátrica e na unidade de internação pediátrica e
- importância da caderneta de saúde como instrumento de promoção de saúde e prevenção de agravos.

6 CONCLUSÕES

1. A Caderneta de Saúde da Criança/ Adolescente, na sua totalidade, não se mostrou efetiva como um instrumento de educação continuada na promoção de saúde e prevenção de agravos envolvendo família, comunidade e instituições.
2. Constatou-se que no registro do controle de crescimento (peso, estatura e perímetro cefálico) da criança, há predomínio do preenchimento adequado.
3. Observou-se que as curvas de crescimento, para monitorização do crescimento, estão sendo pouco utilizados, não fornecendo assim informação sobre a real velocidade de crescimento da criança.
4. Verificou-se que o preenchimento da tabela de desenvolvimento neuropsicomotor, presente na caderneta de saúde da criança e do adolescente é realizada, principalmente de forma inadequada e/ou incompleta.
5. Constatou-se que o preenchimento do registro de vacinação, na caderneta de saúde da criança e do adolescente foi realizado adequadamente.

7 NORMAS ADOTADAS

Este trabalho adotou Normatização para Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina, de acordo com a Resolução no 001/2001, aprovada em reunião do Colegiado de Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 05 de julho de 2001.

8 REFERÊNCIAS

1. Zanolli ML, Merhy EES. A pediatria social e as suas apostas reformistas. Cad. Saúde Pública 2001; 17(4):977-87.
2. Pires MMS. A Consulta Pediátrica do Lactente, Pré-Escolar. Congresso da Associação Catarinense de Medicina; 2002. Florianópolis: Santa Catarina.
3. Crespim J. Puericultura: Ciência, arte e amor. 2 ed. São Paulo: Fundo Editorial Byk. 1996.
4. Rousseau JJ. Emílio ou da Educação. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil 1992.
5. Leone C. O pediatra, a puericultura e a criança "normal" (essa desaparecida). Pediatria 1994;16:141.
6. American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Guidelines for Health Supervision III. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997.
7. Hoekelman RA. Well-child visits revisited. Am J Dis Child 1983;137:17-20.
8. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. J Pediatr (Rio J) 2003; 79(1 Suppl):S13-S22.
9. Marcondes E. Diretrizes para o ensino da pediatria. J Pediatr (Rio J) 1993; 69:349-52.
10. Green M, Palfrey JS. Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. 2nd ed. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health; 2002. Available from: www.brightfutures.org/bf2/index.html. (Pesquisa realizada em 23 de fevereiro de 2004).
11. Panagiotou L, Rourke LL, Rourke JT, Wakefield JG, Winfield D. Evidence-based well-baby care. Part 1: Can Fam Physician 1998; 44:558-67. Part 2: Can Fam Physician 1998; 44:568-72.
12. Hall D. Promoting the health of children. Practitioner 2001; 245:614-18
13. World Health Organization. The 4 th International Conference on Health Promotion. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. 1997. Jacarta, Indonésia [Website]. Disponível em <http://www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/english.html> (Pesquisa realizada em 25 de abril de 2004).

14. American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care. (Committee on Practice and Ambulatory Medicine). Pediatrics 2000; 105:645-46.
15. Dikenvich E, Ozuah PO. Well Child Care: Effectiviness of Current Recommendations. Clin Pediatr 2002; 41(4):211-17.
16. Murahovschi J. O pediatra geral e a puericultura. Pediatria In 2003 Outubro; 1(1):602-03.
17. Woiski JR, Santoro JR, Bettiol H, Barbieri MA. Da pediatria à saúde da criança e do adolescente. Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo [Website]. Disponível em <http://www.fmrp.usp.br/rpp/historia.htm> (Pesquisa realizada em 23 de agosto de 2003).
18. Puccini R, Blank D. Prática de consultório pediátrico. J Pediatr 2003; 79 (1 Suppl):S01-S02. Disponível em http://www.jped.com.br/conteúdo/03-79-S1/port_print.htm (Pesquisa realizada em 22 de março de 2004).
19. Da Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Da Silva RA. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís (Maranhão), Brasil. Pan Am J Public Health 1999; 6(4):266-72.
20. Ministério da Saúde. Atendimento Integral a Saúde e Desenvolvimento da Criança: Cartão da Criança. Brasília; 1992.
21. Monteiro CA, Medina MCG, Benicio MHD`A, Szarfacs SC. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo (Brasil), 1984/85 – Cobertura e qualidade da assistência materno-infantil. Rev Saude Publica 1988, 22(3):170-78.
22. Costa, et al. Assistência médica materno-infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. Cad Saude Publica 1996; 12(Supl 1):59-66.
23. Nevin JE, Witt DK. Well child and preventive care. Prim Care Clin Office Pract 2002; 29:543-55.
24. Almeida CAN, Del Ciampo LA, Ricco RG, Crott GC. Crescimento Físico In: Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN de, editores. Puericultura: Princípios e Práticas: atenção integral a saúde da criança. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 9-19.
25. Rodrigues D, Sucupira ACSL. Crescimento. In: Grisi S, Escobar AM, editores. Prática Pediátrica. São Paulo: Atheneu. 2000. p 1-6.
26. Sucupira ACSL, Rodrigues D. Desenvolvimento. In: Grisi S, Escobar AM, editores. Prática Pediátrica. São Paulo: Atheneu. 2000. p 7-13.
27. Bricks LF, Marcondes E, editores. Pediatria em consultório. 3.ed. São Paulo: Savier. 1996. 965p.

28. Romani SAM, Lira PIC. Fatores determinantes do crescimento infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* 2004; 4(1):15-23.
29. Richard EB, Robert MK, editores. *Nelson: Princípios de Pediatria*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999. 690p.
30. Zeferino AMB, Barros Filho AA, Bettiol H, Barbieri MA. Acompanhamento do Crescimento. *J Pediatr* 2003; 79 (1 Suppl): 23-32.
31. Marcondes E, coordenador. *Crescimento normal e deficiente*. 3. ed. São Paulo: Savier, 1989.
32. Lipman TH, Hench K, Logan JD, Difazio DA, Hale PM, Singer-Granick C. Assessment of Growth by Primary Health Care Providers. *J Pediatr Health Care* 2000; 14(4):166-71.
33. Lima MCMP, Barbarini GC, Gagliardo HGRG, Arnais MAO, Gonçalves VMG. Observação do desenvolvimento de linguagem e funções auditiva e visual em lactentes. *Rev Saude Publica* 2004; 38(1):106-12.
34. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Ações Básicas de saúde e desenvolvimento da criança – programa de agentes comunitários de saúde*. 1994.
35. Cole TJ. Assessment of Growth. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2002; 16(3):383-98.
36. Roberts SB, Dallal GE. The New Childhood Growth Charts. *Nutrition Reviews* 2001; 59(2):31-36.
37. Kuczmarski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Guo SS, Wei Z, et al. CDC growth charts: United States. *Adv Data* Jun 2000; 8(314):1-27 [Website]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (Pesquisa realizada em 28 de fevereiro de 2004).
38. Mei Z, Yip R, Grummer-Strawn LM, Trowbridge FL. Development of a Research Child Growth Reference and Its Comparison with the Current International Growth Reference. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152(5):471-79.
39. U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 3. ed. 2000-2003 [Website]. Disponível em <http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm> (Pesquisa realizada em 05 de fevereiro de 2004).
40. Moraes JC, Barata RCB, Ribeiro MCSA, Castro PC. Cobertura vacinal no primeiro ano de vida em quatro cidades do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8(5):332-41.

41. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Calendário Básico de Vacinação [Website]. Disponível em <http://www.funasa.gov.br/imu/imu02.htm> (Pesquisa realizada em 01 de maio de 2003).
42. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Infectologia. Calendário Vacinal (Ano 2000) da Sociedade Brasileira de Pediatria [Website]. Disponível em <http://www.sbp.com.br> (Pesquisa realizada em 01 de maio de 2003).
43. Sociedade Brasileira de Pediatria. Comentários sobre s novos calendários de imunização: Calendário básico x calendário SBP [Website]. Disponível em <http://www.sbp.com.br> (Pesquisa realizada em 01 de maio de 2003)
44. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria de Saúde. Calendário Vacinal para o município de Florianópolis [Website] 2002. Disponível em http://www.pmf.sc.gov.br/saude/saude_vacinacao.htm (Pesquisa realizada em 05 de maio de 2003)
45. Health Pan-American Organization. International Conference on Primary Health Care. SeçãoVI-1:Primary helth care. In: Declaration of Alma-Ata.1978. Alma-Ata, USSR [Website]. Disponível em <http://www.opas.org> (Pesquisa realizada em 25 de abril de 2004).
46. Arenas-Monreal L, Paulo-Maya A, López-González HE. Educación Popular e nutrioción infantil: experiencia de trabajo con mujeres en una zona rural de México. J Public Health (Oxf) 1999; 33(2):113-21.
47. Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da escola de governo em saúde e da escola nacional de saúde pública. Caderno de Saúde Pública 1999; 15(2 Suppl):177-85.
48. Brasil. Constituição Federal. Seção II – Da Saúde. Brasília (Distrito Federal); 1988.
49. Estatuto da Criança e do Adolescente. Título III: Dos Direitos Fundamentais. Capítulo I – Do Direito a Vida e à Saúde. In: Manuais de Legislação: Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei no 8.069 de 13-07-1990. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994. p 10-12.
50. Capital Criança: Programa de assistência às mulheres no pré e pós-parto e às crianças de zero a seis anos, é reconhecido pelo Unicef e premiado pela Abrinq. Revista Cidades do Brasil [Website]. Disponível em <http://www.cidadesdobrasil.com.br/gestao/gestao22p2.htm> (Pesquisa realizada em 14 de setembro de 2002).
51. Bevilacqua V. Florianópolis, a capital da criança. Diário Catarinense (09 de maio de 2004) p. 04-05.

52. Fernandes MM. Apresentação do Programa Capital Criança: Saúde – Florianópolis faz a diferença. Programa Capital Criança. Prefeitura Municipal de Florianópolis. 1999. 24p.
53. Takayanagi K, Iwasaki S, Yoshinaka Y. The role of the Maternal and Child Health handbook system in reducing perinatal mortality in Japan. Clin Perform Qual Health Care 1993; 1(1):29-33.
54. Fujimoto S, Nakamura Y, Ikeda M, Takeda Y, Higurashi M. Utilization of Maternal and Child Health handbook in Japan. Nippon Koshu Eisei Zasshi 2001; 48(6):486-94.
55. Helou ARHA. Caderneta de Saúde. Prefeitura Municipal de Florianópolis [Website]. Disponível em http://www.pmf.sc.gov.br/saude/saude_caderneta.htm (Pesquisa realizada em 07 de setembro de 2003).
56. Leopardi MT. Metodologia da Pesquisa em Saúde. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.
57. D'Acampora AJ. Pesquisa: desenho de Pesquisa. In: D'Acampora AJ, coordenador. Investigação Experimental: do planejamento a redação final. Florianópolis: Papa Livros, 2001.p.17-22.
58. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 251 de 05/08/97. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos [Website]. Disponível em: <http://www.cesph.ufsc.br> (Pesquisa realizada em março de 2002)
59. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10/10/96. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. n.201. Seção 1:21082-85 [Website]. Disponível em: <http://www.cesph.ufsc.br> (Pesquisa realizada em março de 2002)
60. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados do universo. In: Censo Demográfico 2000 [Website]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibge/estatistica/populacao/censo2000/default.htm> (Pesquisa realizada em 12 de maio de 2004).
61. Ministério da Educação. Lei de diretrizes e bases número 9.394, Brazil (20 de dezembro de 1996).
62. Pires MMS, Tobias LT. Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente. Secretaria de Saúde de Florianópolis. Programa Capital Criança. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2001. 88p.

63. Pires MMS, Tobias LT. Caderneta de Saúde. Secretaria de Saúde de Florianópolis. Programa Capital Criança. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 1998. 84p.
64. Pires MMS, Tobias LT. Caderneta de Saúde. Estado de Santa Catarina. Florianópolis: IOESC, 1991. 52p.
65. Pereira MG. Métodos empregados em epidemiologia. In: Pereira MG, editor. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 269-88.
66. Guedes MLS, Guedes JS. Bioestatística para profissionais de saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1998. 200p.
67. Johnson RA, Wichern DW. Applied Multivariate Statistical Analysis. 4 ed. USA: Prentice Hill, 1998. p.726-99.
68. Carroll JD, Green PE, Schaffer CM. Interpoint distance comparisons in correspondence analysis. J. Marketing Res 1986;23:271-80.
69. Candeias NMF, et al. Meeting global health challenges: a position paper on health education. Atlanta, Centers for Disease Control, 1991.
70. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning, an educational and environmental approach. 2. ed.. Mountain View 1991. Mayfield Publishing Company.
71. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública 1997; 31(2):209-13.
72. Le Carnet de Santé de l'enfant. Division de l'enfant et de l'adolescence. Health Canada On Line [Website]. Disponível em: http://www.hc-sc.gc.ca/dca-dea/allchildre_touslesenfants/cse_f.html (Pesquisa realizada em 24 de fevereiro de 2004).
73. Service-Public de l'administration française. Carnet de Santé de l'enfant. République Française [Website]. Disponível em: <http://uosdroits.service-public.fr/particuliers/ARBO/FXFAM110.html> (Pesquisa realizada em 24 de fevereiro de 2004).
74. Utah Department of Health. Baby your baby Health Keepsake. Maternal, Child and Infant Health. Utah Department of Health. State of Utah [Website]. http://health.utah.gov/html/mom__child_health.html (Pesquisa realizada em 10 de junho de 2004).

75. Caderneta de Saúde de Mãe e Filho/ Maternal and Child Health Handbook/ Boshi Kenko Techo. Organização de Administração da Saúde de Mãe e Filho. Ministério da Saúde e Bem Estar do Japão.
76. Mamiya U. Japan's Maternal and Child Health Handbook. Midwives Chronicle and Nursing Notes 1990; 103(1233):314-15.
77. Maranhão AGK. Situação de Saúde da Criança no Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. Brasil. 6p.
78. Prefeitura da Cidade de Curitiba. Carteira de Saúde da Criança. Programa Mãe Curitibana. Programa Nascer em Curitiba. Prefeitura da Cidade de Curitiba.
79. Prefeitura da Cidade de Curitiba. Cartilha Nascer em Curitiba: as informações mais importantes sobre seu filho. Programa Mãe Curitibana. Programa Nascer em Curitiba. Prefeitura da Cidade de Curitiba. 26p.
80. Prefeitura Municipal de Sobral. Caderneta de Saúde da Mãe e da Criança. Programa Sobral Criança Cidadã. Prefeitura Municipal de Sobral. 1999.
81. Governo da Cidade de Goiânia. Pequeno Álbum do bebê. Projeto Nascer Cidadão. Prefeitura Municipal de Saúde. 26p.
82. Governo da Cidade de Goiânia. Cartilha da Mamãe. Projeto Nascer Cidadão. Prefeitura Municipal de Saúde. 16p.
83. Sociedade Brasileira de Pediatria. Caderneta de Saúde. Sociedade Brasileira de Pediatria. 1999.
84. Bronfenbrenner U. A Ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas 1996.
85. Epstein J. Parents' Reactions to Teacher Practices of Parental Involvement. The Elementary School Journal 1987; 86:277-94.
86. Medina EL, et al. Factores de importancia en la demanda de atención médica infantil. Rev Chil Pediatr 1985;56(2):113-19.
87. Da Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Da Silva RA. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade urbana do nordeste brasileiro, 1994. Revista de Saúde Pública 1999; 33(2):147-56.
88. Santos SR, Cunha AJLA, Gamba CM, Machado FG, Filho JMML, Moreira NLM. Avaliação da assistência à saúde da mulher e à criança em localidade urbana da região sudeste do Brasil. Revista de Saúde Pública 2000; 34(3):266-71.

89. Soares NT. Um novo referencial antropométrico de crescimento: significados e implicações. *Rev Nutr* 2003; 16(1):93-103.
90. Ferreira HS. Avaliação nutricional de crianças pelo método antropométrico. In: Ferreira HS. *Desnutrição: magnitude, significado social e possibilidade de prevenção*. Maceió: EDUFAL; 2000. p.33–89.
91. Vasconcelos FAG. Indicadores antropométricos III. In: Vasconcelos FAG *Avaliação nutricional de coletividades*. 2. ed. Florianópolis: DAUFSC; 2000. p.67-81.
92. Pires MMS. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor do lactente. In: Fernandes VR, Pereira LDC, Fischer J (organizadores). *Manual de terapêutica - pediatria*. 2. ed. Florianópolis-SC. 1999. p. 662-664.
93. Lima MC, Eickmann SH, Lima ACV, Guerra MQ, Lira PIC, Huttly SRA, Ashworth A. Determinants of mental and motor development at 12 months in a low income population: a cohort study in northeast Brazil. *Acta Paediatr* 2004.
94. Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN de (editores). *Puericultura: Princípios e Práticas: atenção integral a saúde da criança*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.
95. Monteiro CA, Junior IF, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1986). *Revista de Saúde Pública* 2000; 34 (6 Suppl):19-25.
96. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Imunizações - 20 anos*. Brasília; 1993.
97. Grant J. *Situação mundial da infância 1995*. Brasília, Unicef; 1995.
98. Tones K. Health Education: Evidence of effectiveness. *Arch Dis Child* 1997;77(?):189-91.
99. Henrique LA, Pires MMS. *Projeto de Educação Continuada em Saúde: Sensibilização do Profissional de Saúde e Adequação do Manuseio e Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente existente no município de Florianópolis/SC*. Sub-projeto de pesquisa PIBIQ-CNPq. Universidade Federal de Santa Catarina. 2003. 5p.

9 APÊNDICES

APÊNDICE 1

Protocolo de Pesquisa

APÊNDICE 2

Formulário de Consentimento Livre Esclarecido

APÊNDICE 3

Tabela de Burt

Resultados das frequências e suas respectivas categorias após análise de correspondência múltipla para os grupos etários G:1 e G:2

TABELA DE BURT – Resultados das frequências e suas respectivas categorias após a análise de correspondência múltipla para os grupos etários G:1 e G:2.

Categorias	G_CRIA1	G_CRIA2	CC1	CC2	CC3	CCPI1	CCPI2	CCP3	CCPE1	CCPE2	CCPE3	CCPC1	CCPC2	CCPC3	Total
G_CRIA:1	33	0	28	2	3	18	8	7	11	3	19	9	2	22	165
G_CRIA:2	0	23	19	4	0	14	8	1	7	3	13	2	4	17	115
CC:1	28	19	47	0	0	30	12	5	17	6	24	11	6	30	235
CC:2	2	4	0	6	0	1	4	1	1	0	5	0	0	6	30
CC:3	3	0	0	0	3	1	0	2	0	0	3	0	0	3	15
CCPI:1	18	14	30	1	1	32	0	0	17	1	14	10	4	18	160
CCPI:2	8	8	12	4	0	0	16	0	0	4	12	0	2	14	80
CCPI:3	7	1	5	1	2	0	0	8	1	1	6	1	0	7	40
CCPE:1	11	7	17	1	0	17	0	1	18	0	0	10	3	5	90
CCPE:2	3	3	6	0	0	1	4	1	0	6	0	0	3	3	30
CCPE:3	19	13	24	5	3	14	12	6	0	0	32	1	0	31	160
CCPC:1	9	2	11	0	0	10	0	1	10	0	1	11	0	0	55
CCPC:2	2	4	6	0	0	4	2	0	3	3	0	0	6	0	30
CCPC:3	22	17	30	6	3	18	14	7	5	3	31	0	0	39	195
Total	165	115	235	30	15	160	80	40	90	30	160	55	30	195	1400

FONTE: Ambulatório de Pediatria HU/UFSC, julho/2002 a abril/2004.

Legenda

CC:1 Controle de crescimento com preenchido completo

CC:2 Controle de crescimento parcialmente preenchido

CC:3 Controle de crescimento sem preenchimento

CCPI:1 Gráfico “peso x idade” com preenchimento completo

CCPI:2 Gráfico “peso x idade” parcialmente preenchido

CCPI:3 Gráfico “peso x idade” sem preenchimento

CCPE:1 Gráfico “peso e estatura” com preenchimento completo

CCPE:2 Gráfico “peso e estatura” parcialmente preenchido

CCPE:3 Gráfico “peso e estatura” sem preenchimento

CCPC:1 Gráfico “circunferência craniana” com preenchimento completo

CCPC:2 Gráfico “circunferência craniana” parcialmente preenchido

CCPC:3 Gráfico “circunferência craniana” sem preenchimento

G:1 Grupo etário A (< 1 ano)

G:2 Grupo etário B (\geq 1 ano e < 3 anos)

10 ANEXOS

ANEXO 1

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

ANEXO 2

Calendário Vacinal para o município de Florianópolis (abril/2002)

ANEXO 3

Capa da Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente (2001)

ANEXO 4

Capa da Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente (1996)

